

# Forma de Bienvenida del Paciente



## Información del Paciente

Adulto/Niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Sexo (Hombre/Mujer): \_\_\_\_\_ Correo Elect.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil (Soltero/Casado/Divorciado/Viudo): \_\_\_\_\_

# de Licencia de Manejo: \_\_\_\_\_ # de S.S.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Condo #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle? \_\_\_\_\_

## Fiador

*Si el paciente es menor de edad, ¿tiene custodia legal?* \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente (Pareja/Padre/Tutor/Guardian Legal/Otro): \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Sexo (Hombre/Mujer): \_\_\_\_\_ Correo Elect.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil (Soltero/Casado/Divorciado/Viudo): \_\_\_\_\_

# de Licencia de Manejo: \_\_\_\_\_ # de S.S.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt./Condo #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Cuándo y a qué hora es mejor llamarle? \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

*en caso de emergencia, favor de proveer la siguiente información:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. Casa/ Celular: \_\_\_\_\_

## ¿Como se entero de nosotros?: \_\_\_\_\_

Yellow Pages	Internet	Yelp
Familiar/Amigo	Volante/Correo	Facebook
Evento	Señal Publicitaria/Globo	Otro
Radio	Teléfono Celular	
Televisión	Mi Plan de Seguro	

## Metodo de Pago: \_\_\_\_\_

Seguranza	Plan Sonrisa
Efectivo/Cheque	Tarjeta de Crédito
Tarjeta de Debito	
Estoy interesado(a) en opciones de financiamiento	

## Historial Dental

¿Por que vio al dentista hoy?: \_\_\_\_\_

¿Sufre de dolor en este momento?(Sí/No): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido problemas asociados con trabajos dentales anteriores? (Sí/No): \_\_\_\_\_

¿Le sangran las encias? (Sí/No): \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día usa hilo dental?: \_\_\_\_\_

## Historial Médico

Médico Personal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de última visita: \_\_\_\_\_ Salud fisica actual (Buena/Regular/Pobre): \_\_\_\_\_

¿Esta actualmente bajo cuidado médico? (Sí/No): \_\_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Actualmente toma alguna medicina con o sin receta? (Sí/No): \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de cada una: \_\_\_\_\_

¿Fuma ó utiliza alguna forma de tabaco? (Sí/No): \_\_\_\_\_

## ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

Por favor nombre todos los que aplican: \_\_\_\_\_

Abuso de alcohol o drogas	Defecto congénito del corazon	Hemofilia	Soplo en el corazón
Alta presión	Derrame cerebral	Hepatitis	Tratamiento de radiación
Anemia	Desmayos	Herpes, ampollas de fiebre	Transfusión de sangre
Anemia de celulas falciformes	Diabetes	Hospitalizacion	Tuberculosis (TB)
Artritis	Dificultad respiratória	Huesos artificiales	Ulceras
Asma	Dolores de cabeza frecuentes	Lupus	Valvulas artificiales
Ataque cardiaco	Enfermedades del higado	Marcapasos	Varicelas adultas
Baja presion	Enfermedades venéreas	Prolapsia de la valvula mitral	VIH+, SIDA
Cáncer, quimioterapia	Enfisema	Problemas psiquiátricos	
Cirugia del corazón	Epilepsia	Problemas de los riñones	
Colitis	Fiebre del heno	Problemas de sinusitis	
Convulsiones	Fiebre reumatica, escarlata	Problemas de tiroide	
Coyunturas artificiales	Glaucoma	Sangrado anormal	

## ¿Es alergico a cualquiera de lo siguiente?

Por favor nombre todos los que aplican: \_\_\_\_\_

Aspirina      Codeína      Anestésicos dentales      Penicilina  
Eritromicina      Látex      Joyas, metales      Tetraciclina

## Para Mujeres:

¿Estas tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_

¿Esta embarazada?(Sí/No): \_\_\_\_\_

# de semanas: \_\_\_\_\_

¿Esta lactando?(Sí/No): \_\_\_\_\_

## Convenio:

Reconozco esta información es correcta y se mantendrá en la más estricta confidencialidad. Autorizo a Jefferson Dental Clinics para contactarme sobre promociones y servicios de JDC. Autoriza a Jefferson Dental Clinics a llevar a cabo cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento. El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento a menos se hayan hecho arreglos previos y estos hayan sido aprobados con anterioridad. Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o materiales que mi seguro no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a Jefferson Dental Clinics de los beneficios del grupo de seguros, de otro modo, me serían pagados. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes del tratamiento o examen previstos, a mi compañía de seguros.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ***Uso Exclusivo de Oficina:***

He revisado verbalmente la información médica/dental con el paciente aquí nombrado.

Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios del Doctor: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO ACTUALIZADO:

Comentario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_